

Prevalencia de lesiones en mucosa bucal y su relación con condición sistémica, edad y sexo.

Prevalence of lesions in the oral mucosa and its relationship with systemic condition, age and gender.

Angélica A Cuapio Ortiz,* Agustín Tiol Carrillo,* Angélica Muñoz Pineda‡

RESUMEN

Este estudio tiene la finalidad de analizar la prevalencia de variantes de la normalidad y patología en la mucosa de la cavidad bucal por zona anatómica, de una población controlada en una clínica estomatológica universitaria de pregrado en el Estado de México. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional de 542 pacientes, de los cuales el 62.7% (340) pertenecen al sexo femenino y 37.3% (202) al masculino; la edad se distribuyó en un rango de dos a 85 años con una media de 28 años y fue categorizada en cinco grupos etarios: 2 a 12, 13 a 18, 19 a 35, 36 a 69 y > 70 años. En este estudio participaron una especialista en patología bucal, un especialista en odontopediatría y una pasante de la licenciatura de estomatología quien fungió como ayudante de investigación. Fueron identificadas 13 variantes de la normalidad y 52 lesiones en total, mismas que son reportadas por zona anatómica, por rangos de edad y por sexo. El número de condiciones y lesiones diagnosticadas por paciente varió de una a cinco en 87.27% y en el restante 12.73% no se detectó ninguna. Las variantes de la normalidad o condiciones más frecuentes fueron lengua fisurada con 12.17%, apéndice mucoso en frenillo vestibular con 11.25% y gránulos de Fordyce con 10.88%. Las lesiones más prevalentes por zona anatómica fueron: nevo intradérmico con 2.39% en labio externo superior e inferior; queilitis simple con 11.43% en la interfase de piel y mucosa de los labios (borde bermellón); úlcera traumática con 3.87% en mucosa labial; absceso de origen dental con 1.42 en encía; frenillo con inserción baja 1.84% en frenillos; úlcera traumática con 5.53% en mucosa bucal; candidiasis atrófica crónica con 5.53% en paladar; amígdalas hipertróficas con 8.11% en zona amigdalina; lengua pilosa con 1.66% en lengua; úlcera traumática con 3.69% en piso de boca; granuloma piógeno con 0.18% en proceso alveolar; y por último, hipertrofia de glándulas salivales labiales con 0.55% asociadas a presencia de aparatología ortodóntica. Finalmente se llevó a cabo una prueba de

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the prevalence of variants of normality and pathology in the mucosa of the oral cavity by anatomical area in a controlled population in a university undergraduate stomatological clinic in the state of Mexico. This is a cross-sectional, descriptive and observational study of 542 patients, of which 62.7% (340) belonged to the female gender and 37.3% (202) to the male gender, the age was distributed in a range of two to 85 years with a mean of 28 years and was categorized in five age groups: 2 to 12, 13 to 18, 19 to 35, 36 to 69 and > 70 years. A specialist in oral pathology, a specialist in pediatric dentistry and an intern in stomatology who served as a research assistant participated in this study. Thirteen variants of normality and 52 lesions in total were identified and reported by anatomical area, age range and gender. The number of conditions and lesions diagnosed per patient ranged from one to five in 87.27% and none were detected in 12.73% of the population studied. The most frequent variants of normality or conditions were fissured tongue with 12.17%, mucous appendage in the vestibular frenulum with 11.25% and Fordyce granules with 10.88%. The most prevalent lesions by anatomical area were: intradermal nevus with 2.39% in upper and lower external lip; simple cheilitis with 11.43% in the interphase interface of skin and mucosa of the lips (vermillion border); traumatic ulcer with 3.87% in labial mucosa; abscess of dental origin with 1.42 in gingiva; frenulum with low insertion 1.84% in frenulum; traumatic ulcer with 5.53% in buccal mucosa; chronic atrophic candidiasis with 5.53% in palate; hypertrophic tonsils with 8.11% in tonsillar area; hairy tongue with 1.66% in tongue; traumatic ulcer with 3.69% in floor of mouth; pyogenic granuloma with 0.18% in alveolar process and finally; hypertrophy of labial salivary glands with 0.55% associated with the presence of orthodontic appliances. Finally, a Pearson's χ^2 test was carried out to establish correlation between dependent and independent

* Profesor investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco.

‡ Pasante de la Licenciatura en Estomatología, UAM Xochimilco.

Recibido: 28 de julio de 2020. Aceptado: 14 de enero de 2024.

Citar como: Cuapio OAA, Tiol CA, Muñoz PA. Prevalencia de lesiones en mucosa bucal y su relación con condición sistémica, edad y sexo. Rev ADM. 2024; 81 (1): 26-38. <https://dx.doi.org/10.35366/114744>



χ^2 de Pearson para establecer correlación entre variables dependientes e independientes, encontrando significancia estadística de $p < 0.000$ entre lesiones de lengua y condición sistémica y edad en relación a lesiones de lengua, paladar y labios con $p < 0.000$.

Palabras clave: condiciones, variantes, lesiones, normalidad, patología, mucosa bucal.

variables, finding statistical significance of $p < 0.000$ between tongue lesions and systemic condition and age in relation to tongue, palate and lip lesions with a $p < 0.000$.

Keywords: conditions, variants, lesions, normality, pathology, oral mucosa.

INTRODUCCIÓN

La mucosa bucal es un tejido húmedo que tapiza la cavidad bucal. Sus funciones son protección, secreción, regulación de la temperatura y absorción. Histológicamente, está constituida por un epitelio escamoso estratificado y un tejido conectivo subyacente, llamado lámina propia.¹

Dicha mucosa puede presentar una extensa diversidad de condiciones como variaciones morfológicas o anatómicas sin significado patológico, conocidas como variantes de la normalidad o condiciones. O bien, pertenecer al grupo de lesiones que son consideradas patológicas. Estas lesiones pueden explicarse o tener su origen en las diferentes etapas del desarrollo embriológico de la cavidad oral. Asimismo, pueden ser manifestaciones de dermatosis generalizadas de origen autoinmune, formar parte de la sintomatología de enfermedades sistémicas de diversas etiologías, ser producto de irritaciones o traumatismos que la mucosa sufre durante las funciones o parafunciones, ser modificaciones condicionadas por la edad, ser manifestaciones de infecciones micóticas, virales o bacterianas, ser cambios ocasionados por deshidratación o por la exposición continua a diversas sustancias químicas, así como estar asociadas a cambios hormonales en donde el sexo es determinante, por sólo mencionar algunas causas.^{1,2,3}

Todo lo anterior puede explicar la presencia de manifestaciones locales en las diferentes etapas y contextos de la vida del individuo.⁴ Por ello, los procedimientos diagnósticos en el área médica estomatológica deben estar encaminados a obtener toda la información referente a los antecedentes del estado de salud del paciente, hábitos, toxicomanías, edad y sexo, entre otros datos, para posteriormente llevar a cabo la revisión sistemática de la cavidad oral con la finalidad de detectar variaciones de la normalidad y patología de mucosa bucal como parte del método clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo y observacional de 542 pacientes que asistieron a recibir tratamiento estoma-

tológico, durante dos trimestres en el año 2018 y uno en 2019, en la Clínica Estomatológica Nezahualcóyotl, perteneciente a la Licenciatura en Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

A los pacientes de nuevo ingreso durante cada trimestre se les informó sobre el estudio de alteraciones de la mucosa bucal, el cual consistió en:

1. Registro de los antecedentes personales patológicos (APP), edad y sexo de cada paciente en la cédula de recolección de datos.
2. Exploración completa de la cavidad bucal, realizada por una especialista en patología bucal y anotación de hallazgos, con base en las normas de bioseguridad vigentes.
3. Estudios complementarios como biopsia o citología en caso necesario.
4. Diagnóstico y seguimiento de la patología bucal detectada.
5. Tratamiento farmacológico y seguimiento en casos específicos.
6. Firmar un consentimiento informado en caso de aceptar participar en el estudio.

Se analizaron y unificaron los criterios de diagnóstico que se emplearon en cada condición o lesión detectada.

Se definieron las variables dependientes, las cuales fueron: las variantes de la normalidad (condiciones), consideradas como entidades no patológicas; y las lesiones, aquellas alteraciones que son consideradas como una patología de la mucosa bucal.⁵

Las variables independientes fueron la edad (la cual fue categorizada en grupos etarios), el sexo y la condición sistémica que fue clasificada de acuerdo al sistema u órgano afectado de los pacientes seleccionados.

La exploración de la cavidad bucal se llevó a cabo a través de un orden sistemático establecido por la Guía para epidemiología y diagnóstico de las condiciones y enfermedades de la mucosa bucal. Se realizó en sillón dental con luz artificial y siguiendo

las medidas de bioseguridad correspondientes en cada paciente.⁵

En este estudio participaron una especialista en patología bucal, un especialista en odontopediatría y una pasante de la licenciatura de estomatología que fungió como ayudante de investigación.

Los auxiliares de diagnóstico como biopsia o citología fueron llevados a cabo por la especialista responsable del proyecto y las muestras fueron procesadas en el laboratorio de histopatología de la UAM.

El análisis estadístico se realizó en SPSS versión 23. Se aplicaron pruebas estadísticas de χ^2 de Pearson a nivel

bivariado sobre tablas de contingencia para evaluar la asociación entre las lesiones de mucosa y la condición sistémica, la edad y el sexo.

En este estudio, se reporta frecuencia de las condiciones (variantes de la normalidad) en general y de las patologías por zona anatómica afectada.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 542 individuos distribuidos de la siguiente manera: 535 (98.7%) fueron sujetos control con expediente clínico y los siete restantes (1.3%),

Tabla 1: Distribución poblacional por grupos de edad y sexo. N = 542.

	Grupo de edad (años)				
	2-12 n (%)	13-18 n (%)	19-35 n (%)	36-69 n (%)	> 70 n (%)
Masculino	102 (46.15)	8 (38.09)	29 (37.17)	44 (26.19)	19 (35.18)
Femenino	119 (54.84)	13 (61.53)	49 (62.82)	124 (73.80)	35 (64.81)
Total	221 (40.77)	21 (3.87)	78 (14.39)	168 (30.99)	54 (9.96)

Tabla 2: Distribución de condición sistémica poblacional.

Patología sistémica	Sexo			Total N = 542 n (%)
	Masculino N = 202 n (%)	Femenino N = 340 n (%)		
Sanos	138 (68.31)	210 (61.76)		348 (64.20)
Inmunológicas	30 (14.85)	46 (13.52)		76 (14.02)
Cardiovasculares	11 (5.44)	21 (6.17)		32 (5.90)
Metabólicas	9 (4.45)	17 (5.00)		26 (4.79)
Comorbilidades	5 (2.47)	15 (4.41)		20 (3.69)
Neuropsiquiátricas	5 (2.47)	8 (2.35)		13 (2.39)
Gastrointestinales	2 (0.99)	8 (2.35)		10 (1.84)
Hematológicas	0 (0)	4 (1.17)		4 (0.73)
Musculoesqueléticas	0 (0)	4 (1.17)		4 (0.73)
Neoplásicas	1 (0.49)	2 (0.58)		3 (0.55)
Respiratorias	0 (0)	2 (0.58)		2 (0.36)
Renales	1 (0.49)	1 (0.29)		2 (0.36)
Ginecológicas	0 (0)	1 (0.29)		1 (0.18)
Dermatológicas	0 (0)	1 (0.29)		1 (0.18)

Tabla 3: Distribución de variantes de la normalidad por grupos de edad y sexo.

Condición	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12 N = 221 n (%)	13-18 N = 21 n (%)	19-35 N = 78 n (%)	36-69 N = 168 n (%)	> 70 N = 54 n (%)	Masculino N = 202 n (%)	Femenino N = 340 n (%)	
Lengua fisurada	1 (0.45)	1 (4.7)	14 (17.9)	35 (20.8)	15 (27.7)	16 (7.92)	50 (14.7)	66 (12.17)
Apéndice mucoso en frenillo vestibular	24 (10.8)	2 (9.5)	14 (17.9)	18 (10.7)	3 (5.5)	24 (11.88)	37 (10.88)	61 (11.25)
Gránulos de Fordyce	2 (0.90)	3 (14.2)	15 (19.3)	31 (18.4)	8 (14.8)	31 (15.34)	28 (8.23)	59 (10.88)
Torus mandibular	5 (2.2)	1 (4.7)	7 (8.9)	26 (15.4)	3 (5.5)	14 (6.93)	28 (8.23)	42 (7.74)
Torus palatino	10 (4.5)	3 (14.8)	3 (3.8)	13 (7.7)	6 (11.1)	8 (3.96)	27 (7.94)	35 (6.45)
Pigmentación melánica gingival	13 (5.9)	1 (4.8)	6 (7.7)	11 (6.6)	4 (7.6)	19 (9.40)	16 (4.70)	35 (6.45)
Anquiloglosia	19 (8.59)	1 (4.76)	5 (6.41)	8 (4.76)	1 (1.85)	18 (8.91)	16 (4.70)	34 (6.27)
Lengua geográfica	13 (5.9)	1 (4.8)	2 (2.5)	6 (3.5)	3 (5.5)	7 (3.46)	18 (5.29)	25 (4.61)
Línea alba oclusal	8 (3.6)	0 (0)	5 (6.4)	6 (3.5)	1 (1.8)	9 (4.45)	11 (3.23)	20 (3.69)
Mácula melanótica	9 (4.0)	1 (4.8)	3 (3.8)	2 (1.1)	2 (3.7)	1 (0.49)	19 (5.58)	20 (3.69)
Fositas comisurales	0 (0)	0 (0)	2 (2.5)	7 (4.16)	2 (3.7)	6 (2.97)	11 (3.23)	17 (3.13)
Varices linguales	0 (0)	1 (0)	4 (1.2)	12 (1.7)	3 (3.7)	5 (2.47)	6 (1.76)	11 (2.02)
Leucoedema	1 (0.45)	0 (0)	2 (2.5)	1 (0.59)	0 (0)	2 (0.99)	2 (0.58)	4 (0.73)



Figura 1: Lengua fisurada.



Figura 2: Nevo intradérmico.



Figura 3: Queilitis simple.



Figura 4: Úlcera traumática.

Tabla 4: Distribución de lesiones en labio externo superior e inferior por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12 N = 221 n (%)	13-18 N = 21 n (%)	19-35 N = 78 n (%)	36-69 N = 168 n (%)	> 70 N = 54 n (%)	Masculino N = 202 n (%)	Femenino N = 340 n (%)	
Nevo intradérmico	6 (2.71)	3 (14.28)	1 (1.28)	3 (1.78)	0 (0)	7 (3.46)	6 (1.76)	13 (2.39)
Xerosis	4 (1.80)	0 (0)	1 (1.28)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	4 (1.98)	5 (0.92)
Dermatitis	2 (0.90)	1 (4.76)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	3 (0.88)	4 (0.73)
Telangiectasias	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Ca basocelular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)

pacientes que sólo demandaron consulta de patología bucal.

En relación al sexo: 340 (62.7%) fueron mujeres y 202 (37.3%) hombres. La edad de la población de estudio estuvo distribuida en un rango de dos a 85 años con media de 28 años y mediana de 24.

En cuanto a la distribución por grupos etarios, 221 (40.77%) correspondió a población de dos a 12 años, 21 (3.87%) al grupo de 13 a 18 años, 78 (14.39) a personas de 19 a 35 años, 168 (30.99%) a sujetos de 36 a 69 años y, finalmente, 54 (9.96%) a mayores de 70 años. El grupo etario con mayor porcentaje fue el de los 2 a 12 años, seguido por el de 36 a 69 años (Tabla 1).

La morbilidad sistémica de la población se reporta categorizada por grupos de acuerdo al sistema afectado. Su distribución fue la siguiente: 348 (64.20%) sujetos de la población son aparentemente sanos; mientras que 194

(35.79%) cursaron con algún tipo de patología sistémica. La patología sistémica más prevalente correspondió a las del sistema inmunológico y el sexo más afectado fue el femenino en general (Tabla 2).

Las variantes de la normalidad o condiciones estimadas como hallazgos clínicos que no pudieron ser consideradas como entidades nosológicas en la población de estudio se detectaron en un total de 395 casos (72.8%). Las más prevalentes fueron: lengua fisurada con una frecuencia de 12.17%; apéndice mucoso en frenillo, 11.25%; gránulos de Fordyce, 10.88%; torus mandibular, 7.74%; torus palatino, 6.45%; pigmentación melánica gingival, 6.45%; anquiloglosia, 6.27% y lengua geográfica, 4.61% (Tabla 3).

La lengua fisurada (Figura 1) se encontró con mayor frecuencia en adultos de 36 a 69 años y fue más prevalente en mujeres; el apéndice mucoso fue más común entre los 2 y 12 años y en el sexo femenino; los gránulos

de Fordyce tuvieron mayor prevalencia entre los 36 a 69 años y en hombres; el torus mandibular y palatino entre los 36 a 69 años y en mujeres; la pigmentación melánica gingival se registró con mayor frecuencia en los grupos de 2 a 12 y 36 a 69 años y su prevalencia fue ligeramente mayor en hombres; anquiloglosia se observó más comúnmente en el grupo de 2 a 12 años y en sexo masculino; por último, la lengua geográfica se detectó con mayor prevalencia de los 2 a los 12 años y en mujeres (Tabla 3).

La lesión más frecuentemente encontrada en la revisión sistemática de la cavidad bucal fue el nevo intradérmico (Figura 2) con 2.39%, con predominio en población de 2-12 años y en el sexo masculino. Se de-

tectaron también xerosis, dermatitis, telangiectasias y una lesión maligna que histológicamente correspondió a un carcinoma basocelular (Tabla 4).

En la interfase de piel y mucosa de los labios (borde bermellón), la lesión más encontrada fue la queilitis simple (Figura 3) con 11.43%; se observó con mayor frecuencia en el grupo de 2-12 años y en mujeres. Se detectaron también queilitis comisural, lesiones vasculares de bajo flujo, herpes labial recurrente e hiperplasia epitelial que histológicamente correspondió a papiloma escamocelular con una prevalencia por debajo de 1% (Tabla 5).

En mucosa labial, la lesión más detectada fue úlcera traumática con 3.87%, seguida de úlceras recurrentes (1.47%) e hiperplasia epitelial multifocal (0.18%). La mayor

Tabla 5: Distribución de lesiones en borde bermellón por grupos edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Queilitis simple	27 (12.21)	3 (14.28)	8 (10.25)	18 (10.71)	6 (11.11)	23 (11.38)	39 (11.47)	62 (11.43)
Queilitis comisural	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	1 (1.85)	0 (0)	2 (0.58)	2 (0.36)
Lesión vascular de bajo flujo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	1 (1.85)	0 (0)	2 (0.58)	2 (0.36)
Herpes labial	0 (0)	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)
Hiperplasia epitelial (papiloma escamocelular)	0 (0)	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

Tabla 6: Distribución de lesiones en mucosa labial por grupos de edad y sexo.

Condición	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Úlcera								
Traumática	12 (5.42)	0 (0)	3 (3.84)	5 (2.97)	1 (1.85)	10 (4.95)	11 (3.23)	21 (3.87)
Recurrente	2 (0.90)	3 (14.28)	2 (2.56)	1 (0.59)	0 (0)	3 (1.48)	5 (1.47)	8 (1.47)
Hiperplasia epitelial multifocal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

Tabla 7: Distribución de lesiones en mucosa bucal derecha e izquierda por grupos de edad y sexo.

Condición	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Úlceras traumáticas	16 (7.23)	0 (0)	6 (7.69)	8 (4.76)	0 (0)	14 (6.93)	16 (4.70)	30 (5.53)
Queratosis friccional	7 (3.16)	2 (9.52)	2 (2.56)	6 (3.57)	5 (9.25)	9 (4.45)	13 (3.82)	22 (4.05)
Hiperplasia fibrosa	1 (0.45)	1 (4.76)	1 (1.28)	6 (4.68)	2 (3.70)	4 (1.98)	7 (2.05)	11 (2.02)
Morsicatio buccarum	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.19)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Úlcera recurrente	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)
Melanosis del fumador	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)
Conducto de Stensen hipertrófico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

Tabla 8: Distribución de alteraciones en frenillos por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Frenillo								
Con inserción baja	7 (3.16)	1 (4.76)	0 (0)	2 (1.19)	0 (0)	2 (0.99)	8 (2.35)	10 (1.84)
Hipertrófico	3 (1.35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	2 (0.99)	3 (0.55)
Ausente	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Doble	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	1 (1.85)	0 (0)	2 (0.99)	2 (0.36)
Aberrante	1 (0.45)	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.99)	0 (0)	2 (0.36)



Figura 5: Frenillos aberrantes.

frecuencia de ulceraciones traumáticas se observó en el grupo de 2 a 12 años, mientras que las recurrentes lo fueron en el de 13 a 18 años, ambas en sexo femenino (Tabla 6).

Las lesiones encontradas en mucosa bucal fueron: úlceras traumáticas (Figura 4) en 5.53%, queratosis friccional en 4.05%, hiperplasia fibrosa en 2.02%; con menor frecuencia se registraron: *morsicatio buccarum* (0.36%), conducto de Stensen hipertrófico (0.18%), úlcera recurrente (0.18%) y melanosis del fumador (0.18%). Las úlceras traumáticas y la queratosis friccional se observaron con mayor frecuencia de los 2 a los 12 años y fueron más comunes en mujeres. La hiperplasia fibrosa se registró

más frecuentemente en el grupo de 36 a 69 años y en el sexo femenino (Tabla 7).

En los frenillos, la alteración más prevalente fue el frenillo con inserción baja con 1.84%, que se registró en el grupo de 2 a 12 años y con predilección por el sexo femenino. Otras alteraciones observadas (Tabla 8) fueron: frenillo hipertrófico, frenillo doble, ausencia de frenillo y frenillos aberrantes (Figura 5).

Las prevalencias de las lesiones detectadas en paladar duro fueron: candidiasis atrófica crónica (5.53%) confirmadas a través de citología exfoliativa, estomatitis subprotésica (4.24%) asociadas a trauma por aparatos protésicos desajustados, petequias (3.13%), estomatitis

nicotínica del paladar (2.76%) y, finalmente, queratosis friccional (0.36%) que histológicamente correspondió a hiperqueratosis sin displasia epitelial. La candidiasis atrófica crónica y la estomatitis subprotésica (Figura 6) se observaron mayormente en personas de 36 a 69 años y en mujeres (Tabla 9).

Las prevalencias de lesiones en paladar blando y amígdalas fueron: amígdalas hipertróficas en 8.11%, faringitis en 1.29%, amigdalitis en 0.73%, amígdalas cripticas en 0.73%, úvula desviada en 0.55%, adenoidectomía en 0.36%, úvula bífida en 0.36%, hiperplasia epitelial que



Figura 6: Estomatitis subprotésica.



Figura 7: Lengua pilosa.

Tabla 9: Distribución de lesiones en paladar duro por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Candidiasis atrófica crónica	1 (0.45)	0 (0)	2 (2.56)	18 (10.71)	9 (16.66)	7 (3.46)	23 (6.76)	30 (5.43)
Estomatitis subprotésica	2 (0.90)	0 (0)	1 (1.28)	13 (7.73)	7 (12.96)	8 (3.96)	15 (4.41)	23 (4.24)
Petequias	10 (4.52)	0 (0)	3 (3.84)	4 (2.38)	0 (0)	11 (5.44)	6 (1.76)	17 (3.13)
Estomatitis nicotínica	0 (0)	0 (0)	4 (5.12)	9 (5.35)	2 (3.70)	12 (5.94)	3 (0.88)	15 (2.76)
Queratosis friccional (hiperqueratosis sin displasia epitelial)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.19)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)

Tabla 10: Distribución de lesiones en paladar blando y amígdalas por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N=542
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Amígdalas hipertróficas	22 (9.95)	4 (19.04)	8 (10.25)	9 (5.35)	1 (1.85)	20 (9.90)	24 (7.05)	44 (8.11)
Faringitis	4 (1.80)	0 (0)	2 (2.56)	1 (0.59)	0 (0)	2 (0.99)	5 (1.47)	7 (1.29)
Amígdalas cripticas	2 (0.90)	0 (0)	0 (0)	2 (1.19)	0 (0)	1 (0.49)	3 (0.88)	4 (0.73)
Amigdalitis	0 (0)	1 (4.76)	1 (1.28)	1 (0.59)	1 (1.85)	1 (0.49)	3 (0.88)	4 (0.73)
Úvula desviada	3 (1.35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	2 (0.58)	3 (0.55)
Úvula bífida	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.85)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Hiperplasia epitelial (papiloma escamocelular)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.19)	0 (0)	2 (0.99)	0 (0)	2 (0.36)
Adenoidectomía	2 (0.90)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Amígdalas pigmentadas	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)

Tabla 11: Distribución de lesiones en lengua por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Lengua pilosa	0 (0)	0 (0)	2 (2.56)	5 (2.97)	2 (3.70)	6 (2.97)	3 (0.88)	9 (1.66)
Lengua dentada	0 (0)	0 (0)	3 (3.84)	2 (1.19)	0 (0)	0 (0)	5 (1.47)	5 (0.92)
Lengua lisa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2.38)	1 (1.85)	1 (0.49)	4 (1.17)	5 (0.92)
Macroglosia	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)	3 (1.78)	0 (0)	3 (1.48)	1 (0.29)	4 (0.73)
Hiperplasia fibrosa	1 (0.45)	0 (0)	1 (1.28)	1 (0.59)	1 (1.85)	1 (0.49)	3 (0.88)	4 (0.73)
Papilas hiperplásicas	1 (0.45)	0 (0)	1 (1.28)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	2 (0.58)	3 (0.55)
Glositis romboidea media	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Queratosis friccional (hiperqueratosis sin displasia)	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)
Hiperplasia epitelial focal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.85)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)
Fibroma postraumático	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

histológicamente correspondió a papiloma escamocelular en 0.36% y, finalmente, amígdalas pigmentadas (0.18%) asociada a enfermedad de Addison. Las amígdalas hipertróficas fueron las lesiones más prevalentes; principalmente se observaron en la población de 2 a 12 años y en mujeres (Tabla 10).

Las lesiones detectadas en lengua fueron: lengua pilosa (1.66%), lengua dentada (0.92%), lengua lisa (0.92%), macroglosia (0.73%), hiperplasia fibrosa (0.73%), papilas filiformes hiperplásicas (0.55%), glositis romboidal media asociada a presencia de hifas de *Candida albicans sp.* (0.36%). Queratosis friccional (que histológicamente

Tabla 12: Distribución de lesiones en piso de la boca por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Úlcera								
Traumática	8 (3.61)	0 (0)	5 (6.41)	6 (3.57)	1 (1.85)	9 (4.45)	11 (3.23)	20 (3.69)
Recurrente	2 (0.90)	0 (0)	1 (1.28)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0.88)	3 (0.55)
Sialolitiasis	2 (0.90)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.29)	2 (0.36)
Conducto de Wharton hipertrófico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

Tabla 13: Distribución de lesiones en encía por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12	13-18	19-35	36-69	> 70	Masculino	Femenino	
	N = 221 n (%)	N = 21 n (%)	N = 78 n (%)	N = 168 n (%)	N = 54 n (%)	N = 202 n (%)	N = 340 n (%)	
Absceso origen dental	6 (2.71)	1 (4.76)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	2 (0.99)	6 (1.76)	8 (1.42)
Hiperplasia gingival	2 (0.90)	0 (0)	2 (2.56)	3 (1.78)	0 (0)	2 (0.99)	5 (1.47)	7 (1.29)

correspondió a hiperqueratosis sin displasia epitelial), fibroma postraumático e hiperplasia epitelial focal tuvieron una frecuencia de 0.18%, cada una de ellas. La lesión más prevalente fue lengua pilosa (Figura 7); se observó con mayor frecuencia en hombres y en el grupo etario de 36 a 59 años (Tabla 11).

Las lesiones en piso de boca observadas fueron: úlceras traumáticas (3.69%), úlceras recurrentes (0.55%), sialolitiasis (0.36%) y conducto de Wharton hipertrófico (0.18%). Las úlceras traumáticas se registraron con mayor frecuencia en sexo femenino y en el grupo de 2 a 12 años (Tabla 12).

En encía, la lesión más prevalente fue el absceso de origen dental (1.42%), seguida de hiperplasia gingival (1.29%). El absceso de origen dental (Figura 8) se detectó con mayor frecuencia en la población de 2 a 12 años y en mujeres; mientras que la hiperplasia gingival se observó

con una frecuencia muy similar en los grupos de edad de 2 a 12, 19 a 35 y 36 a 69 años y el sexo más afectado fue el femenino (Tabla 13).

En proceso alveolar, las lesiones detectadas fueron granuloma piógeno (0.18%) e hiperplasia epitelial (0.18%) que histológicamente correspondió a papiloma escamocelular (Figura 9). El granuloma piógeno se observó en un niño del grupo de 2-12 años y la hiperplasia epitelial en un hombre del grupo de 36 a 69 años (Tabla 14).

Finalmente, en glándulas salivales, consideradas como anexo de la cavidad bucal, se encontró: hipertrofia de glándulas salivales labiales en 0.55%, hipertrofia de glándulas parótidas en 0.18% y proceso crónico focal inespecífico de glándulas salivales menores en una paciente (0.18%) que cursaba síndrome de Sjögren (Tabla 15).

DISCUSIÓN

La cavidad bucal, como parte de un sistema integral, debe ser considerada por el facultativo responsable de esta área (cirujano dentista o estomatólogo) como un conjunto de tejidos, órganos y sistemas que funcionan en perfecta sintonía y que, ante diversos estímulos, modifican sus características y condiciones de salud, traduciéndose en indicadores de enfermedad. La importancia de realizar estudios epidemiológicos en esta área, radica en que permitirá comprender el comportamiento, distribución y causas de las patologías bucales.

En este estudio, la frecuencia total de condiciones o variantes de la normalidad fue 2.39% (13 condiciones); mientras que la prevalencia de lesiones o estados patológicos fue 9.59% (52 lesiones). En nuestro trabajo, esta prevalencia tiene valores similares a los reportados por Casnati y colaboradores en pacientes adultos uruguayos y a los consignados por Espinoza y asociados en población infantil del Estado de México.^{6,7}

El número de lesiones que presentaron los sujetos de estudio varió de una a cinco en el 87.27% y sólo 12.73% de la población no presentó ninguna lesión o condición.

La lesión bucal más común en esta serie fue la úlcera traumática, ya que se detectó en tres zonas anatómicas, con una prevalencia total de 13.09%, cifra muy similar a las reportadas por Donohué y su equipo en adultos mexicanos, Casnati y su grupo en adultos uruguayos, así como a las registradas por Linares y colegas, y García-Pola y colaboradores en población infantil.^{6,8-10}

La queilitis simple es una condición dermatológica inflamatoria que se caracteriza por una descamación epitelial superficial que afecta la semimucosa de los labios. Está asociada a la presencia de hábitos irritativos (como lamerse, morderse o frotar los labios), atopias, exposición continua a factores ambientales (como el sol



Figura 8: Absceso dental.



Figura 9: Papiloma escamocelular.

Tabla 14: Distribución de lesiones en proceso alveolar inferior por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12 N = 221 n (%)	13-18 N = 21 n (%)	19-35 N = 78 n (%)	36-69 N = 168 n (%)	> 70 N = 54 n (%)	Masculino N = 202 n (%)	Femenino N = 340 n (%)	
Granuloma piógeno	1 (0.45)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)
Hiperplasia epitelial (papiloma escamocelular)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	1 (0.49)	0 (0)	1 (0.18)

y el frío), deshidratación por falta de ingesta adecuada de líquidos, estrés, mala alimentación, o combinación de alguno o varios de estos factores, que son característicos en población pediátrica femenina.¹¹ En este estudio fue la segunda lesión más común con prevalencia de 11.43% y se observó con mayor frecuencia en el grupo pediátrico de 2 a 12 años y en el sexo femenino.

Las amígdalas hipertróficas son ocasionadas por un aumento del tejido linfoide secundario a una hiperfunción celular durante toda la infancia; se ha asociado a infecciones repetitivas producidas por *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. En el presente estudio, las amígdalas hipertróficas se encontraron en 8.11%, con mayor frecuencia en población pediátrica de 2 a 12 años y en sexo femenino.¹²

La zona anatómica con mayor prevalencia de patología bucal fue el paladar duro con 16.02%. Las lesiones fueron candidiasis atrófica crónica y estomatitis subprotésica, las cuales estuvieron asociadas al uso de aparatos protésicos, como ha sido reportado en diversos estudios como el de Moret y asociados, Ramírez y colegas, Aguirre U, Ley S y colaboradores, e Hidalgo H y equipo.^{11,13-16}

El paladar blando y las amígdalas representaron la segunda región anatómica más afectada con 12.67%. Las lesiones más prevalentes de esta zona fueron las amígdalas hipertróficas; esto se debe a que nuestra población de estudio radica en un municipio donde una de las primeras causas de morbilidad es la faringitis bacteriana.^{12,17}

Las zonas menos afectadas con patología bucal fueron las glándulas salivales con 0.91% y la zona retromolar con 0.36%.

Dentro de las condiciones, las registradas con más frecuencia en este estudio fueron: lengua fisurada con

12.17%, apéndice mucoso en frenillo vestibular con 11.25% y gránulos de Fordyce con 10.88%. Estos resultados son similares a los reportados por Marija y Uros en población eslovena y latinos.^{3,18-20}

Al analizar la correlación entre la presencia de lesiones bucales y la condición sistémica, se encontró asociación estadísticamente significativa con $p < 0.000$ entre lesiones de lengua y condición sistémica, datos que son similares a los reportados por Burket y asociados y Harris y colaboradores. Las condiciones sistémicas en las que han sido encontradas asociaciones con alteraciones de lengua son: hipertensión, gastritis, alergias y diabetes.^{21,22}

Asimismo, se buscó asociación entre lesiones bucales y sexo, no encontrando una asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Finalmente, se buscó asociación entre los rangos de edad y la presencia de lesiones,²³ encontrándose asociación estadísticamente significativa $p < 0.000$ entre lesiones en lengua, lesiones del paladar y labios con la edad.

CONCLUSIONES

Tanto las condiciones como las lesiones fueron más frecuentes en sexo femenino; los grupos de edad más afectados fueron el de 2-12 y el de 36-69 años. Aunque esto puede atribuirse a que son los grupos poblacionales más numerosos en nuestra muestra.

Este trabajo analiza las lesiones en relación con la zona anatómica que afecta, situación que permite visualizar qué lesiones son más frecuentes de acuerdo a la zona estudiada.

En este estudio de prevalencia, se incluyeron los anexos de la cavidad bucal y zonas que no han sido reporta-

Tabla 15: Distribución de lesiones en anexos cavidad bucal por grupos de edad y sexo.

Lesión	Grupo de edad (años)					Sexo		Total N = 542 n (%)
	2-12 N = 221 n (%)	13-18 N = 21 n (%)	19-35 N = 78 n (%)	36-69 N = 168 n (%)	> 70 N = 54 n (%)	Masculino N = 202 n (%)	Femenino N = 340 n (%)	
Glándulas salivales labiales hipertróficas	2 (0.90)	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.49)	2 (0.58)	3 (0.55)
Parótidas hipertróficas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)
Proceso inflamatorio crónico inespecífico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	0 (0)	1 (0.29)	1 (0.18)

das en estudios similares, como la de los frenillos y la zona amigdalina, lo que nos permitió identificar alteraciones que tienen repercusiones en la salud del individuo. Se recomienda incluir la detección de alteraciones en las glándulas salivales como parte de la cavidad bucal en estudios futuros.

REFERENCIAS

1. Nanci A. Histología oral ten cate. Medica Panamericana, Cap. I 8ª. ed. 2013.
2. Shafer GW, Hine KM, Levy MB, Tomich EC. Tratado de patología bucal. Nueva Editorial Interamericana 4ª. ed. 1988.
3. Marija K, Uros S. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med. 2000; 29: 331-335.
4. Hidalgo HS, Ramos DMJ, Fernández FN. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos de prótesis total en dos áreas de la salud. AMC. 2005; 9 (6): 1-105.
5. World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Community Dent and Oral Epidemiol. 1980; 8: 1-24.
6. Casnati B, Álvarez R, Massa F, Lorenzo S, Angulo M, Carzoglio J. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana de Uruguay. Odontoestomatología. 2013; 15: 58-67.
7. Espinoza-Zapata M, Loza-Hernández G, Mondragón-Ballesteros R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal de pacientes pediátricos. Informe preliminar. Cir Ciruj. 2006; 74 (3): 153-157.
8. Donohué CA, Leyva HER, Ponce BS, Aldape BB, Quezada RD, Borges YA et al. Distribución de condiciones y lesiones de mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. Rev Cubana Estomatol. 2007; 44 (1).
9. Linares-Vieyra C, Meza-Sánchez JD, González-Guevara MB, Murrieta-Pruneda JF, Salgado-Rodríguez SJ, Morales-Jaimes R. Lesiones de mucosa bucal. Factores asociados en población infantil. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013; 51 (3): 320-325.
10. García Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. Medicina Oral. 2002; 7: 184-191.
11. Corrales PH. Queilitis por Fotosensibilidad. Revista Médica de Honduras, Vol. 43, 1975, 163-178.
12. Ruiz DV, Litardo IJ, Valencia CM, Yagul HS. Incidencia de amígdalas hipertróficas. Programa de salud escolar 2006-2007. I "León Becerra" Hospital in Milagro. Rev Med FCM-USCG. 2010; 16 (2): 112-115.
13. Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones de mucosa bucal en pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología bucal Dr. Pedro Tinoco de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el periodo 1968-1987. Resultados preliminares. Acta Odontol Venez. 2007; 45 (2): 240-243.
14. Aguirre UJM. Candidiasis orales. Rev Iberoam Micol. 2002; 19: 17-21.
15. Ley SL, Silva MY, Puig CE, Nápoles IJ, Díaz GS. Comportamiento de la Estomatitis subprótesis. Rev Arch Med de Camagüey. 2010; 14 (1): 1-15.
16. Ramírez AV, Mosqueda TA, Hernández LH. Estudio epidemiológico de la mucosa oral. Cuadernos CBS (11) Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1986.
17. Informe de casos nuevos de enfermedades en la jurisdicción sanitaria N° 18 Nezahualcóyotl 2010.
18. López LJ, Sánchez TN, Urbina AY, Barbera VM, Pérez GE, Villaroel DM. Estudio del apéndice del frenillo vestibular ¿alteración del desarrollo o lesión neoplásica? Acta Odontol Venez. 2006; 44 (1): 28-30.
19. López del Castillo CA, Bencomo BH, Areas SD, Rivero PO, Fernández GG. Double frenulum of the superior lip. Rev Cubana de Pediatr. 2013; 85 (4): 523-528.
20. Castro-Rodríguez Y. Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. Revista Dental de Chile. 2016, 107 (1): 4-7.
21. Harris RJ, Fortich MN, Herrera AH, Arcos PJM, Blanquicett LM, Jiménez PC. Lesiones linguales y su relación con afecciones sistémicas. Av Odontoestomatol. 2017; 33 (2): 59-65.
22. Burket LW, Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, Orizaga SJ. Medicina Bucal de Burket. McGraw-Hill Interamericana. México D.F. 9a ed. Cap.10. 1996.
23. González GR, Molina BR, Narváez RA, Carreón BRG. Frequent oral mucosal lesions in children and adolescents: a review of the literature. Revisión Literaria. Revista ADM. 2011; 68 (1): 17-24.

Correspondencia:

Agustín Tiol Carrillo

E-mail: agustintiolcarrillo@gmail.com